

BVG-Stiftung Handel Schweiz
Postfach
4153 Reinach 1 BL

Avviso d'incapacità di guadagno

Dati personali dell'assicurato/a

Datore di lavoro _____ N° di conteggio _____
Piano _____
N° d'assicurato _____ N° AVS _____
Cognome _____ Nome _____
Via _____ CP, Luogo _____
Data di nascita _____ Sesso M F
Stato civile celibe/nubile sposato/a divorziato/a
 vedovo/a in concubinato in unione domestica registrata
Data di matrimonio, di divorzio, della registrazione dell'unione domestica _____
Inizio ed eventuale fine del rapporto di lavoro _____ Data d'entrata _____ Data d'uscita _____

Incapacità di guadagno

Incapacità di guadagno a causa di malattia incidente
Inizio _____ giorno _____ mese _____ anno _____
In % e durata % _____ dal _____ al _____
% _____ dal _____ al _____
% _____ dal _____ al _____

E già stata presentata la notifica per adulti «Rilevamento tempestivo» presso l'AI? sì no

Luogo, data

Firma del datore di lavoro

Allegati

- Conteggi dell'indennità giornaliera (malattia o incidente)
- Formulario notifica per adulti «Rilevamento tempestivo» / Comunicazioni dell'AI
- Notifica presso l'assicurazione contro gli infortuni / assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia
- _____